CHIRURGIENS-DENTISTES

VOUS ACCOMPAGNER : LA RÉGLEMENTATION MÉDICO-SOCIALE

AOÛT 2014

Sécurité sociale
L'Assurance Maladie
Service Médical
Ile-de-France

Sommaire

Le Service médical de l'Assurance Maladie

La prise en charge des soins

- NGAP, CCAM et Codage
- La couverture maladie complémentaire (CMUC)
- L'aide médicale de l'état (AME)
- Dans le cadre d'une affection de longue durée (ALD)
- Dans le cadre d'un accident de travail
- Les agénésies dentaires multiples liées à une maladie rare
- Les honoraires

La prescription

- Médicaments
- Biologie
- Orthophonie
- Arrêts de travail

La prévention

Ameli.fr et d'autres sites utiles

DRSM île-de-France - juillet 2014

LE SERVICE MÉDICAL DE L'ASSURANCE MALADIE

Le Service médical de l'Assurance Maladie exerce une mission de service public. Les praticiens-conseils et leurs équipes veillent à la juste attribution des prestations et contribuent à garantir l'accès de tous à des soins de qualité au meilleur coût.

Pourquoi et quand contacter le Service médical ?

Vous pouvez contacter le Service médical pour :

- être informé des évolutions réglementaires ;
- évoquer le cas d'un de vos patients ;
- obtenir des précisions sur la cotation d'un acte ;
- mieux connaître les recommandations de pratique clinique ;
- discuter de votre pratique au regard de ces recommandations ;
- être informé des résultats d'une étude de santé publique ;
- bénéficier de l'intervention d'un praticien-conseil lors d'une formation médicale continue.

Pour trouver les coordonnées du Service médical de votre département, vous pouvez consulter le site internet du Service médical de l'Assurance Maladie en Île-de-France : **www.drsm-idf.fr** (rubrique « Nous contacter ») ou **www.ameli.fr**

Dans quel cadre le Service médical de l'Assurance Maladie peut-il vous contacter ?

- **Pour le traitement des dossiers de vos patients**
  Le Service médical vous adresse une demande d'informations ou de pièces justificatives.

- **Dans le cadre d'un programme d'amélioration de la qualité des soins** (diabète de type 2, antibiotiques par exemple), le Service médical peut être amené à recueillir des informations auprès de tous les acteurs concernés : professionnels de santé, auxiliaires médicaux, établissements de soins et patients. Vous recevez alors un questionnaire d'enquête à compléter et à retourner ou une demande de rendez-vous pour un entretien avec le praticien-conseil.

- **Dans le cadre d'échanges confraternels individuels**

- **Dans le cadre du contrôle de votre activité**
  Après vous avoir informé du déclenchement de l'analyse de votre activité, le Service médical vous transmet dans un premier temps les conclusions de cette analyse.
  Dans un deuxième temps et si nécessaire, le directeur de la caisse d'Assurance Maladie vous notifie par lettre les faits qui suscitent des interrogations et vous propose un rendez-vous pour un entretien avec un praticien-conseil.
  Vous pouvez consulter la « charte du contrôle de l'activité des professionnels de santé par l'Assurance Maladie » sur le site **ameli.fr.**

NGAP, CCAM et Codage

Les actes techniques dentaires sont facturés depuis le 1er Juin 2014 en utilisant la Classification commune des actes médicaux (CCAM). Les consultations et les actes d'orthopédie-dento-faciale continuent à être facturés en utilisant la Nomenclature générale des actes professionnels (NGAP).

La CCAM est composée de 3 livres :

- le livre premier (dispositions générales) définit en 15 articles les conditions de codage et de facturation des actes techniques ;
- le livre II énumère les actes techniques pris en charge ;
- le livre III (dispositions diverses) précise les conditions de codage et de facturation des actes techniques.

Les principes du codage et de la facturation en CCAM

Chaque acte technique de la CCAM est identifié par un code (4 lettres et 3 chiffres) et un libellé.

- **Acte global**

  Chaque acte est considéré dans sa globalité. Le libellé de l'acte comprend l'ensemble des étapes nécessaires à sa réalisation. La facturation s'effectue lorsque l'acte est achevé. *Exemple : le tarif d'une avulsion dentaire inclut tous les gestes nécessaires à sa réalisation comme par exemple l'anesthésie locale.*

- **Les gestes complémentaires et les suppléments**

  Ce sont des actes qui ne peuvent être réalisés isolément, ils complètent un acte principal. Les codes des gestes complémentaires ou des suppléments sont mentionnés entre parenthèses sous les libellés des actes pour lesquels ils sont autorisés. Le geste complémentaire ou le supplément est codé et facturé en même temps que l'acte principal qui l'a induit.

La prise en charge

Les actes décrits à la CCAM se répartissent en 4 familles :

- actes pris en charge et remboursables ;
- actes pris en charge mais non affectés d'un honoraire : actes pris en charge uniquement dans le secteur public (*exemple : pose d'une épithèse orbitopalpébrale*) ou actes pris en charge qui restent cotés en NGAP (*exemple : LAQK010 Analyse céphalométrique craniofaciale bidimensionnelle*) ;
- actes pris en charge et remboursables sous conditions (*ex. : prise en charge de la pose d'implants uniquement dans le cas d'agénésies ou de cancer*) ;
- actes non pris en charge.

Lorsqu'un acte n'est pas pris en charge mais qu'il est décrit et codé dans la CCAM, le praticien qui le réalise n'établit pas de feuille de soins conformément à l'article 4.2 de la convention. Cependant, cet acte doit être inscrit dans le dossier du patient et faire l'objet d'un devis et d'une note d'honoraires.

Focus sur la consultation, les soins conservateurs et prothétiques

- **Consultation (articles 11 et 15 des dispositions générales de la NGAP)**

  Elle comporte :
  - un interrogatoire du malade ;
  - un examen clinique ;
  - une prescription thérapeutique s'il y a lieu.

  La consultation ne peut pas :
  - se cumuler avec un autre acte exécuté au cours de la même séance ;
  - remplacer la cotation d'un acte dont la valeur lui est inférieure ;
  - faire rembourser un acte non remboursable ;
  - faire rembourser l'une des séances opératoires d'un acte dont la cotation est « globale et forfaitaire ».

- **Radiographies (CCAM) :**

  Les radiographies intrabuccales diagnostiques (radiographie intrabuccale rétroalvéolaire et/ou rétrocoronaire d'un ou plusieurs secteurs de 1 à 3 dents contigües) figurent au paragraphe 07.01.04.01 « radiographie de la bouche ».

  Les radiographies intrabuccales en rapport avec un acte endodontique ou autre acte technique (radiographies

intrabuccales rétroalvéolaires préinterventionnelle, per interventionnelle, finale sur un secteur de 1 à 3 dents contigües) figurent dans les gestes complémentaires du paragraphe 18.02.07.01 « radiographie peropératoire de la bouche ».

- **Actes thérapeutiques sur les dents (CCAM)**

Les actes de type scellement de sillons ou détartrage figurent au paragraphe 07.02.02.04 « prophylaxie bucco-dentaire ».

Les obturations coronaires figurent au paragraphe 07.02.02.05 « restauration des tissus durs de la dent ».

Les traitements de la pulpe et des racines figurent au paragraphe 07.02.02.06 « exérèse de la pulpe et du contenu canalaire de la dent ».

Les extractions figurent aux paragraphes 07.02.02.10 à 12 : « avulsion de dents temporaires », « avulsion de dents permanentes », « avulsion de dents ou racines ».

- **Soins prothétiques-Prothèses dentaires (CCAM)**

Les actes de prothèses dentaires figurent au paragraphe 07.02.03 « Soins prothétiques-Prothèses dentaires » avec des sous-paragraphes spécifiques pour la pose d'infrastructure coronaire, de couronne dentaire prothétique, de prothèse dentaire amovible, de prothèse dentaire fixée dentoportée ou implantoportée, changement d'élément ou réparation de prothèse dentaire.

Pour la couronne dentaire fixée dentoportée on retiendra que :
- la prise en charge intervient lorsque la dent ne peut être reconstituée de façon durable par une obturation ;
- la ou les radiographies dont la nécessité médicale est validée scientifiquement, sont conservées dans le dossier du patient.

Le code pour une couronne métallique est HBLD038 et HBLD036 pour une couronne céramique ou en équivalents minéraux.

S'il s'agit d'une couronne implantoportée, la codification est HBLD418 et le montant de la prise en charge est identique à celui appliqué pour les couronnes dento-portées.

En CCAM le bridge est une entité prothétique décrite et tarifée avec des conditions d'attribution qui lui sont propres. Le bridge de base correspond à deux piliers et un élément intermédiaire. La prise en charge est limitée aux bridges dentoportés. La codification des bridges est fonction du type de réhabilitation envisagée (pilier/inter métallique, céramométallique ou en équivalents minéraux).

La prise en charge du bridge de base est possible :
- quand au moins une dent pilier ne peut être reconstituée de façon durable par une obturation ;
- la ou les radiographies dont la nécessité médicale est validée scientifiquement, sont conservées dans le dossier du patient.

Il existe au paragraphe 07.02.03.04 « pose de prothèse dentaire fixée dentoportée ou implantoportée » 4 codes CCAM pour le bridge de base (2 piliers et un élément intermédiaire) : HBLD023, HBLD030, HBLD040, HBLD043. Pour les bridges de plus de 3 éléments il faut rechercher les codes des éléments intermédiaires et des piliers d'ancrage au paragraphe 18 .02.07.05 « gestes complémentaires en prothèse plurale fixée ».

Concernant l'adjonction de pilier supplémentaire au bridge de base, il est pris en charge s'il ne peut être reconstitué de façon durable par une obturation.

Les bridges implantoportés ne sont pas pris en charge.

Consultez la CCAM et la NGAP comprenant les dispositions générales et la liste des actes pris en charge par l'Assurance Maladie sur :
www.ameli.fr
> Professionnels de santé
> Chirurgiensdentistes
> Exercer au quotidien
> Nomenclatures et codage

La CMU complémentaire (1/6)

La Couverture maladie universelle complémentaire (CMUC) facilite l'accès aux soins des personnes à faibles ressources, résidant en France de façon stable et régulière. Si vous recevez un patient bénéficiaire de la CMUC, demandez-lui de justifier de ses droits. Vous devez ensuite pratiquer le tiers-payant avec dispense totale d'avance de frais. Vos honoraires seront intégralement remboursés par l'Assurance Maladie.

La Couverture maladie universelle complémentaire permet à toute personne résidant régulièrement en France et de façon ininterrompue depuis plus de trois mois de bénéficier d'une protection complémentaire gratuite et renouvelable.
Elle prend en charge :

- **le ticket modérateur** (c'est-à-dire la partie non remboursée par l'Assurance Maladie) sur les honoraires et les actes des professionnels de santé, les médicaments, les frais d'hospitalisation ;
- **la participation forfaitaire d'un euro ;**
- **le forfait journalier sans limitation de durée en cas d'hospitalisation ;**
- **les soins conservateurs** (traitement des caries, détartrages, examens de contrôle) ;
- **les prothèses dentaires et l'orthopédie dentofaciale (ODF)**, les lunettes (verres et montures), les prothèses auditives et d'autres produits ou appareils médicaux (pansements, cannes, fauteuils roulants...) au-delà des montants remboursables par l'Assurance Maladie et dans la limite des tarifs fixés par arrêtés.

Les droits à la CMU complémentaire

Ils concernent toutes les personnes constituant le foyer (le demandeur et les personnes à sa charge).
Ils sont accordés pour une année et, sauf cas particuliers, sont ouverts au 1er jour du mois qui suit la décision de la caisse d'Assurance Maladie de l'assuré. Ils seront réexaminés tous les ans pour un éventuel renouvellement.

Si les droits à la CMU complémentaire ne sont pas renouvelés, votre patient peut toutefois continuer de bénéficier pendant 12 mois du tiers-payant sur la partie prise en charge par l'Assurance Maladie. Dans ce cas, vous devez lui réclamer le versement de la part complémentaire uniquement. Ces personnes peuvent éventuellement bénéficier de l'aide pour une complémentaire santé (ACS) si leurs ressources sont supérieures, dans la limite de 35 %, au plafond fixé pour l'attribution de la CMUC.

Les justificatifs de droits à la CMUC

Votre patient doit vous présenter sa carte Vitale à jour. La mention « Date de fin de droits » qui y figure est une preuve de l'ouverture de droits à la CMUC, valides jusqu'à la date indiquée.
Si votre patient n'a pas de carte Vitale ou si sa carte Vitale n'est pas à jour et que vous êtes équipé en SESAM Vitale, demandez-lui de vous présenter l'un des deux documents suivants :

- son attestation CMUC mentionnant la liste des bénéficiaires et les dates de début et fin de droits ;
- sa carte d'adhésion à un organisme complémentaire avec l'indication « CMU ».

La facturation des actes

Si votre patient justifie de ses droits à la CMUC, vous devez lui appliquer le tiers-payant avec dispense totale d'avance de frais. Pour les soins conservateurs, vous devez respecter les tarifs conventionnels en vigueur.

Pour des **soins d'ODF** et avant de commencer le traitement, vous devez établir une **demande d'accord préalable accompagnée d'un devis avec la mention CMUC.**

Vous adresserez la demande d'accord préalable au chirurgien-dentiste-conseil du Service médical de l'Assurance Maladie du département de votre patient.
L'absence de réponse de la caisse dans un délai de 15 jours vaut pour accord de la demande.

Pour les prothèses dentaires, avant de commencer le traitement, vous devez établir et remettre à votre patient un devis avec la mention CMUC.

Pour les soins d'ODF et les prothèses dentaires, vous êtes tenu de proposer à votre patient des prestations dont le prix ne dépasse pas les montants fixés par l'arrêté du 28 mai 2014 paru au JO du 31 mai 2014. Il s'agit du **panier de biens**

des soins dentaires. Le prix maximum autorisé est calculé sur la base des tarifs de responsabilité, majoré d'un dépassement pris en charge par la CMUC.

Pour remplir la feuille de soins :

- indiquez le code de l'acte CCAM sur une ligne en indiquant le tarif conventionnel sans dépassement ;
- puis indiquez sur une autre ligne le code de transposition (FDC, FDA) avec le montant financier correspondant au dépassement autorisé ;
- si vous utilisez une feuille de soins papier (FSDSTO 02-2014S31153c) pour la facturation cocher les cases « l'assuré(e) n'a pas payé la part obligatoire » et « l'assuré(e) n'a pas payé la part complémentaire »
- signature du praticien et de l'assuré sur la feuille de soins papier.

Le panier de soins dentaires CMUC

Conformément à l'un des fondements de la loi CMU qui prévoit que les bénéficiaires sont pris en charge intégralement, les professionnels de santé sont tenus de facturer les actes répertoriés aux tarifs fixés par l'arrêté du 28 mai 2014.

Alternatives thérapeutiques (actes non pris en charge dans le panier de soins CMUC)

En dehors du principe de gratuité, le bénéficiaire de la CMU complémentaire peut avoir une exigence qui dépasse le « panier de soins » et demander la réalisation des actes précédemment cités ou d'actes non pris en charge ou non-inscrits dans la CCAM tels que :

- les couronnes céramo-métalliques sur les deuxièmes prémolaires et les molaires ;
- les bridges de plus de trois éléments ;
- en ODF, les multi attaches en céramique.

Les conditions et modalités de mise en œuvre de ces dispositions nécessitent d'être strictement encadrées eu égard à la situation financière des bénéficiaires de la CMU complémentaire.

Pour accéder aux codes CMU : **www.ameli.fr**
> Professionnels de santé
> Chirurgien-dentiste
> Exercer au quotidien
> Feuilles de soins

Modalités de facturation et de suivi des actes hors panier de soins CMUC pour la pose de couronne dentaire céramométallique ou en équivalents minéraux, et du traitement d'orthopédie dento-faciale avec attaches en céramique

La facturation des actes non pris en charge par l'Assurance Maladie ou des dépassements d'honoraires sur les trois types d'actes cités précédemment n'est possible qu'après consentement éclairé du patient et présentation d'un devis descriptif.

Code	Libellés	Codes de transposition	Tarif de responsabilité	Dépassement max. pris en charge par la CMUC	Total de la prise en charge
HBLD036	Pose d'une couronne dentaire Céramométallique ou en équivalents minéraux - hors couronnes dentaires céramocéramiques - pour couronnes dentaires céramométallique sur 2e prémolaire et molaire	FPC	107,50 €	122,50 €	230 €

Libellés	Code de transposition	Cotation NGAP CD	Cotation NGAP STO	Tarif de responsabilité	Dépassement max. pris en charge par la CMUC	Total de la prise en charge
Multi attaches en céramique	FPO 54	TO 90	ORT 90	193,50 €	270,50 €	464 €

Modalités de facturation des bridges de plus de 3 éléments

- **Le bridge de base est pris en charge selon les modalités de l'arrêté du 28 mai 2014.**
- **Les piliers et inter de bridge supplémentaires sont pris en charge aux tarifs de responsabilité de l'Assurance maladie (voir tableau ci-dessous) par le régime obligatoire et la CMUC. Le praticien peut pratiquer des dépassements d'honoraires pour les éléments ajoutés au bridge de base après avoir obtenu le consentement éclairé de son patient et présenté un devis.**

Chapitre et codes	Libellés	Tarif CCAM
	18.02.07.06 Soins prothétiques - Gestes complémentaires en prothèse plurale fixée	
HBMD490	Adjonction d'un 1er élément intermédiaire métallique à une prothèse dentaire plurale fixée [2e élément métallique intermédiaire de bridge]	-
HBMD342	Adjonction d'un 2e élément intermédiaire métallique à une prothèse dentaire plurale [3e élément métallique intermédiaire de bridge]	-
HBMD082	Adjonction à une prothèse dentaire plurale fixée d'un élément intermédiaire métallique supplémentaire, au-delà du 3e	10,75€
HBMD479	Adjonction d'un 1er élément intermédiaire céramométallique ou en équivalents minéraux à une prothèse dentaire plurale fixée [2e élément céramométallique ou en équivalents minéraux intermédiaire de bridge]	-
HBMD433	Adjonction d'un 2e élément intermédiaire céramométallique ou en équivalents minéraux à une prothèse dentaire plurale fixée [3e élément céramométallique ou en équivalents minéraux intermédiaire de bridge]	-
HBMD072	Adjonction à une prothèse dentaire plurale fixée d'un élément intermédiaire céramométallique ou en équivalents minéraux supplémentaire, au-delà du 3e	10,75€
HBMD081	Adjonction d'un pilier d'ancrage métallique à une prothèse dentaire plurale fixée [pilier de bridge]	107,5€
HBMD087	Adjonction d'un pilier d'ancrage céramométallique ou en équivalents minéraux à une prothèse dentaire plurale fixée [pilier de bridge]	107,5€

Table de transposition actes et traitements dentaires

Codes CCAM	Libellés	Codes de transposition	Tarif de responsabilité	Dépassement max. autorisé	Montant max. autorisé
	Prothèses conjointes				
HBLD038	Pose d'une couronne dentaire métallique	FDC	107,5€	122,5€	230€
HBLD036	« Pose d'une couronne dentaire céramométallique ou en équivalents minéraux : - Hors couronnes dentaires céramocéramiques - Couronnes dentaires céramométalliques,uniquement pour incisives, canines et 1res prémolaires) »	FDC	107,5€	267,5€	375€

Codes CCAM	Libellés	Codes de transposition	Tarif de responsabilité	Dépassement max. autorisé	Montant max. autorisé
	Prothèses conjointes (suite)				
HBGD027	Ablation d'une prothèse dentaire scellée unitaire ou plurale	-	38,7€	-	38,7€
HBLD007	Pose d'une infrastructure coronoradiculaire métallique coulée sans clavette sur une dent	-	122,55€	-	122,55€
HBLD261	Pose d'une infrastructure coronoradiculaire métallique coulée avec clavette sur une dent	-	144,05€	-	144,05€
HBLD040	Pose d'une prothèse plurale comportant 1 pilier d'ancrage métallique, 1 pilier d'ancrage céramométallique ou en équivalents minéraux, et un élément intermédiaire métallique : « - Hors éléments céramocéramiques - Éléments céramométalliques,uniquement pour incisives, canines et premières prémolaires »	FDC	279,5€	555,5€	835€
HBLD043	Pose d'une prothèse plurale comportant 1 pilier d'ancrage métallique, 1 pilier d'ancrage céramométallique ou en équivalents minéraux, et un élément intermédiaire céramométallique ou en équivalents minéraux « - Hors éléments céramocéramiques - Éléments céramométalliques, uniquement pour incisives, canines et premières prémolaires »	FDC	279,5€	700,5€	980€
HBLD033	Pose d'une prothèse plurale comportant 2 piliers d'ancrage métalliques et un élément intermédiaire métallique	FDC	279,5€	410,5€	690€
HBLD023	Pose d'une prothèse plurale comportant 2 piliers d'ancrage céramométalliques ou en équivalents minéraux et un élément intermédiaire céramométallique ou en équivalents minéraux : « -Hors éléments céramocéramiques - Éléments céramométalliques,uniquement pour incisives, canines et premières prémolaires »	FDC	279,5€	845,5€	1125€
	Prothèses adjointes				
HBLD131	Pose d'une prothèse amovible définitive à châssis métallique, comportant 1 à 3 dents	FDA	193,5€	299,5€	493€
HBLD332	Pose d'une prothèse amovible définitive à châssis métallique, comportant 4 dents	FDA	204,25€	444,75€	649€
HBLD452	Pose d'une prothèse amovible définitive à châssis métallique, comportant 5 dents	FDA	215€	434€	649€
HBLD474	Pose d'une prothèse amovible définitive à châssis métallique, comportant 6 dents	FDA	225,75€	423,25€	649€
HBLD075	Pose d'une prothèse amovible définitive à châssis métallique, comportant 7 dents	FDA	236,5€	497,5€	734€
HBLD470	Pose d'une prothèse amovible définitive à châssis métallique, comportant 8 dents	FDA	247,25€	486,75€	734€

Codes CCAM	Libellés	Codes de transposition	Tarif de responsabilité	Dépassement max. autorisé	Montant max. autorisé
	Prothèses adjointes (suite)				
HBLD101	Pose d'une prothèse amovible définitive à plaque base résine, comportant 9 dents	FDA	129€	305€	434€
HBLD435	Pose d'une prothèse amovible définitive à châssis métallique, comportant 9 dents	FDA	258€	476€	734€
HBLD138	Pose d'une prothèse amovible définitive à plaque base résine, comportant 10 dents	FDA	139,75€	294,25€	434€
HBLD079	Pose d'une prothèse amovible définitive à châssis métallique, comportant 10 dents	FDA	268,75€	465,25€	734€
HBLD083	Pose d'une prothèse amovible définitive à plaque base résine, comportant 11 dents	FDA	150,5€	366,5€	517€
HBLD203	Pose d'une prothèse amovible définitive à châssis métallique, comportant 11 dents	FDA	279,5€	537,5€	817€
HBLD370	Pose d'une prothèse amovible définitive à plaque base résine, comportant 12 dents	FDA	161,25€	355,75€	517€
HBLD112	Pose d'une prothèse amovible définitive à châssis métallique, comportant 12 dents	FDA	290,25€	526,75€	817€
HBLD349	Pose d'une prothèse amovible définitive à plaque base résine, comportant 13 dents	FDA	172€	345€	517€
HBLD308	Pose d'une prothèse amovible définitive à châssis métallique, comportant 13 dents	FDA	301€	516€	817€
HBLD031	Pose d'une prothèse amovible définitive complète unimaxillaire à plaque base résine	FDA	182,75€	473,25€	656€
HBLD035	Pose d'une prothèse amovible définitive complète bimaxillaire à plaque base résine	FDA	365,5€	946,5€	1312€
HBLD047	Pose d'une prothèse amovible définitive complète unimaxillaire à châssis métallique	FDA	311,75€	644,25€	956€
HBLD046	Pose d'une prothèse amovible définitive complète bimaxillaire à châssis métallique	FDA	623,5€	1288,5€	1912€
HBLD048	Pose d'une prothèse amovible définitive complète unimaxillaire à plaque base résine et d'une prothèse amovible définitive complète unimaxillaire à châssis métallique	FDA	494,5€	1117,5€	1612€
YYYY176	Supplément pour pose d'une dent contreplaquée sur une prothèse amovible à plaque base résine	-	21,5€	-	21,5€

Codes CCAM	Libellés	Codes de transposition	Tarif de responsabilité	Dépassement max. autorisé	Montant max. auto-risé
	Prothèses adjointes (suite)				
YYYY275	Supplément pour pose de 2 dents contreplaquées sur une prothèse amovible à plaque base résine	-	43€	-	43€
YYYY246	Supplément pour pose de 3 dents contreplaquées sur une prothèse amovible à plaque base résine	-	64,5€	-	64,5€
YYYY478	Supplément pour pose de 4 dents contreplaquées sur une prothèse amovible à plaque base résine	-	86€	-	86€
YYYY426	Supplément pour pose de 5 dents contreplaquées sur une prothèse amovible à plaque base résine	-	107,5€	-	107,5€
YYYY389	Supplément pour pose de 6 dents contreplaquées sur une prothèse amovible à plaque base résine	-	129€	-	129€
YYYY159	Supplément pour pose d'une dent contreplaquée ou massive à une prothèse amovible sur châssis métallique	-	32,25€	-	32,25€
YYYY329	Supplément pour pose de 2 dents contreplaquées ou massives à une prothèse amovible sur châssis métallique	-	64,5€	-	64,5€
YYYY258	Supplément pour pose de 3 dents contreplaquées ou massives à une prothèse amovible sur châssis métallique	-	96,75€	-	96,75€
YYYY259	Supplément pour pose de 4 dents contreplaquées ou massives à une prothèse amovible sur châssis métallique	-	129€	-	129€
YYYY440	Supplément pour pose de 5 dents contreplaquées ou massives à une prothèse amovible sur châssis métallique	-	161,25€	-	161,25€
YYYY447	Supplément pour pose de 6 dents contreplaquées ou massives à une prothèse amovible sur châssis métallique	-	193,5€	-	193,5€
YYYY142	Supplément pour pose de 7 dents contreplaquées ou massives à une prothèse amovible sur châssis métallique	-	225,75€	-	225,75€
YYYY158	Supplément pour pose de 8 dents contreplaquées ou massives à une prothèse amovible sur châssis métallique	-	258€	-	258€

Codes CCAM	Libellés	Codes de transposition	Tarif de responsabilité	Dépassement max. autorisé	Montant max. autorisé
	Prothèses adjointes (suite)				
YYYY476	Supplément pour pose de 9 dents contreplaquées ou massives à une prothèse amovible sur châssis métallique	-	290,25€	-	290,25€
YYYY079	Supplément pour pose de 10 dents contreplaquées ou massives à une prothèse amovible sur châssis métallique	-	322,5€	-	322,5€
YYYY184	Supplément pour pose de 11 dents contreplaquées ou massives à une prothèse amovible sur châssis métallique	-	354,75€	-	354,75€
YYYY284	Supplément pour pose de 12 dents contreplaquées ou massives à une prothèse amovible sur châssis métallique	-	387€	-	387€
YYYY236	Supplément pour pose de 13 dents contreplaquées ou massives à une prothèse amovible sur châssis métallique	-	419,25€	-	419,25€
YYYY353	Supplément pour pose de 14 dents contreplaquées ou massives à une prothèse amovible sur châssis métallique	-	451,5€	-	451,5€
HBMD020	Réparation d'une prothèse dentaire amovible en résine, fêlée ou fracturée	FDR	21,5€	43,5€	65€
HBMD017	Adjonction ou remplacement d'un élément d'une prothèse dentaire amovible	FDR	21,5€	43,5€	65€
HBMD114	Adjonction ou remplacement de 2 éléments d'une prothèse dentaire amovible	FDR	32,25€	65,25€	97,5€
HBMD322	Adjonction ou remplacement de 3 éléments d'une prothèse dentaire amovible	FDR	43€	87€	130€
HBMD404	Adjonction ou remplacement de 4 éléments d'une prothèse dentaire amovible	FDR	53,75€	108,75€	162,5€
HBMD245	Adjonction ou remplacement de 5 éléments d'une prothèse dentaire amovible	FDR	64,5€	130,5€	195€
HBMD198	Adjonction ou remplacement de 6 éléments d'une prothèse dentaire amovible	FDR	75,25€	152,25€	227,5€
HBMD373	Adjonction ou remplacement de 7 éléments d'une prothèse dentaire amovible	FDR	86€	174€	260€
HBMD228	Adjonction ou remplacement de 8 éléments d'une prothèse dentaire amovible	FDR	96,75€	195,75€	292,5€
HBMD286	Adjonction ou remplacement de 9 éléments d'une prothèse dentaire amovible	FDR	107,5€	217,5€	325€

Codes CCAM	Libellés	Codes de transposition	Tarif de responsabilité	Dépassement max. autorisé	Montant max. autorisé
	Prothèses adjointes (suite)				
HBMD329	Adjonction ou remplacement de 10 éléments d'une prothèse dentaire amovible	FDR	118,25€	239,25€	357,5€
HBMD226	Adjonction ou remplacement de 11 éléments d'une prothèse dentaire amovible	FDR	129€	261€	390€
HBMD387	Adjonction ou remplacement de 12 éléments d'une prothèse dentaire amovible	FDR	139,75€	282,75€	422,5€
HBMD134	Adjonction ou remplacement de 13 éléments d'une prothèse dentaire amovible	FDR	150,5€	304,5€	455€
HBMD174	Adjonction ou remplacement de 14 éléments d'une prothèse dentaire amovible	FDR	161,25€	326,25€	487,5€
HBMD008	Réparation d'une fracture de châssis métallique de prothèse dentaire amovible, sans démontage d'éléments	FDR	32,25€	32,75€	65€
HBMD002	Réparation d'une fracture de châssis métallique de prothèse dentaire amovible, avec remontage d'un élément	FDR	38,7€	32,75€	71,45€
HBMD488	Réparation d'une fracture de châssis métallique de prothèse dentaire amovible, avec remontage de 2 éléments	FDR	45,15€	32,75€	77,9€
HBMD469	Réparation d'une fracture de châssis métallique de prothèse dentaire amovible, avec remontage de 3 éléments	FDR	51,6€	32,75€	84,35€
HBMD110	Réparation d'une fracture de châssis métallique de prothèse dentaire amovible, avec remontage de 4 éléments	FDR	58,05€	32,75€	90,8€
HBMD349	Réparation d'une fracture de châssis métallique de prothèse dentaire amovible, avec remontage de 5 éléments	FDR	64,5€	32,75€	97,25€
HBMD386	Réparation d'une fracture de châssis métallique de prothèse dentaire amovible, avec remontage de 6 éléments	FDR	70,95€	32,75€	103,7€
HBMD339	Réparation d'une fracture de châssis métallique de prothèse dentaire amovible, avec remontage de 7 éléments	FDR	77,4€	32,75€	110,15€
HBMD459	Réparation d'une fracture de châssis métallique de prothèse dentaire amovible, avec remontage de 8 éléments	FDR	83,85€	32,75€	116,6€

Codes CCAM	Libellés	Codes de transposition	Tarif de responsabilité	Dépassement max. autorisé	Montant max. autorisé
	Prothèses adjointes (suite)				
HBMD438	Réparation d'une fracture de châssis métallique de prothèse dentaire amovible, avec remontage de 9 éléments	FDR	90,3€	32,75€	123,05€
HBMD481	Réparation d'une fracture de châssis métallique de prothèse dentaire amovible, avec remontage de 10 éléments	FDR	96,75€	32,75€	129,5€
HBMD449	Réparation d'une fracture de châssis métallique de prothèse dentaire amovible, avec remontage de 11 éléments	FDR	103,2€	32,75€	135,95€
HBMD312	Réparation d'une fracture de châssis métallique de prothèse dentaire amovible, avec remontage de 12 éléments	FDR	109,65€	32,75€	142,4€
HBMD289	Réparation d'une fracture de châssis métallique de prothèse dentaire amovible, avec remontage de 13 éléments	FDR	116,1€	32,75€	148,85€
HBMD400	Réparation d'une fracture de châssis métallique de prothèse dentaire amovible, avec remontage de 14 éléments	FDR	122,55€	32,75€	155,3€
HBMD249	Adjonction ou changement d'un élément soudé sur une prothèse dentaire amovible sur châssis métallique	-	43€	-	43€
HBMD292	Adjonction ou changement de 2 éléments soudés d'une prothèse dentaire amovible sur châssis métallique	-	86€	-	86€
HBMD188	Adjonction ou changement de 3 éléments soudés d'une prothèse dentaire amovible sur châssis métallique	-	129€	-	129€
HBMD432	Adjonction ou changement de 4 éléments soudés d'une prothèse dentaire amovible sur châssis métallique	-	172€	-	172€
HBMD283	Adjonction ou changement de 5 éléments soudés d'une prothèse dentaire amovible sur châssis métallique	-	215€	-	215€
HBMD439	Adjonction ou changement de 6 éléments soudés d'une prothèse dentaire amovible sur châssis métallique	-	258€	-	258€
HBMD425	Adjonction ou changement de 7 éléments soudés d'une prothèse dentaire amovible sur châssis métallique	-	301€	-	301€

Codes CCAM	Libellés	Codes de transposition	Tarif de responsabilité	Dépassement max. autorisé	Montant max. auto-risé
	Prothèses adjointes (suite)				
HBMD444	Adjonction ou changement de 8 éléments soudés d'une prothèse dentaire amovible sur châssis métallique	-	344€	-	344€
HBMD485	Adjonction ou changement de 9 éléments soudés d'une prothèse dentaire amovible sur châssis métallique	-	387€	-	387€
HBMD410	Adjonction ou changement de 10 éléments soudés d'une prothèse dentaire amovible sur châssis métallique	-	430€	-	430€
HBMD429	Adjonction ou changement de 11 éléments soudés d'une prothèse dentaire amovible sur châssis métallique	-	473€	-	473€
HBMD281	Adjonction ou changement de 12 éléments soudés d'une prothèse dentaire amovible sur châssis métallique	-	516€	-	516€
HBMD200	Adjonction ou changement de 13 éléments soudés d'une prothèse dentaire amovible sur châssis métallique	-	559€	-	559€
HBMD298	Adjonction ou changement de 14 éléments soudés d'une prothèse dentaire amovible sur châssis métallique	-	602€	-	602€
HBKD396	Remplacement d'une facette d'une prothèse dentaire amovible	-	17,2€	-	17,2€
HBKD431	Remplacement de 2 facettes d'une prothèse dentaire amovible	-	34,4€	-	34,4€
HBKD300	Remplacement de 3 facettes d'une prothèse dentaire amovible	-	51,6€	-	51,6€
HBKD212	Remplacement de 4 facettes d'une prothèse dentaire amovible	-	68,8€	-	68,8€
HBKD462	Remplacement de 5 facettes d'une prothèse dentaire amovible	-	86€	-	86€
HBKD213	Remplacement de 6 facettes d'une prothèse dentaire amovible	-	103,2€	-	103,2€
HBKD140	Remplacement de 7 facettes d'une prothèse dentaire amovible	-	120,40	-	120,4€
HBKD244	Remplacement de 8 facettes d'une prothèse dentaire amovible	-	137,6€	-	137,6€

Libellés	Codes de transposition	Tarif de responsabilité	Dépassement max. autorisé	Montant max. autorisé
Orthopédie dento-faciale				
Traitement des dysmorphoses, par période de 6 mois, dans la limite de six périodes : sans multiattaches	FDO	193,5€	139,5€	333€
Traitement des dysmorphoses : avec multiattaches	FDO	193,5€	270,5€	464€
Séance de surveillance (au maximum 2 par semestre)	-	10,75€	-	10,75€
Contention après traitement orthodontique :				
– 1re année	-	161,25€	-	161,25€
– 2e année	-	107,5€	-	107,5€
Disjonction intermaxillaire rapide pour dysmorphose maxillaire en cas d'insuffisance respiratoire confirmée	-	387€	-	387€
Orthopédie des malformations consécutives au bec de lièvre total ou à la division palatine :				
– forfait annuel, par année	-	430€	-	430€
– en période d'attente	-	129€	-	129€
Traitement d'orthopédie dento-faciale avec multiattaches au-delà du 16e anniversaire, préalable à une intervention chirurgicale portant sur les maxillaires pour une période de 6 mois non renouvelable	FDO	193,5€	187,62€	381,12€

L'aide médicale de l'État

L'aide médicale de l'État (AME) s'inscrit dans le cadre de la lutte contre les exclusions. Il s'agit d'une couverture médicale pour les étrangers qui ne peuvent être affiliés à un régime de sécurité sociale. Cette protection santé s'adresse aux ressortissants en situation irrégulière et précaire.

Les bénéficiaires du droit à l'aide médicale sont définis à l'article L 251- 1 du code de l'action sociale et des familles.

Ce dispositif concerne les étrangers vivants en France de façon stable depuis plus de trois mois et qui ne remplissent pas toutes les conditions de régularité du séjour en France. Cette prise en charge est réalisée sous conditions de ressources.

Prise en charge

Par application des tarifs servant de base au calcul des prestations d'Assurance Maladie, l'aide médicale de l'état permet la prise en charge :

- des dépenses de soins ;
- de consultations médicales à l'hôpital ou en médecine de ville ;
- de prescriptions médicales ;
- de forfaits hospitaliers.

Le bénéficiaire de l'AME est dispensé de faire l'avance de frais, à l'hôpital ou en médecine de ville.

Le patient doit présenter un document d'admission (attestation d'admission à l'AME).

Les soins et prothèses dentaires sont pris en charge à 100 % du tarif de responsabilité. Pour les actes prothétiques, il peut donc exister un reste à charge au patient.

Différence avec la CMU-C

Il est important de faire la distinction entre la CMU-C et l'AME. Pour l'AME, contrairement à la CMUC, il n'existe pas de panier de soins ; il n'existe pas de prise en charge au-delà des tarifs de responsabilité de l'Assurance Maladie, notamment pour les prothèses dentaires et l'ODF. Les dépassements d'honoraires en prothèse et en orthodontie sont autorisés et restent à charge de l'assuré.

Par ailleurs, il n'y a pas de prise en charge des actes non remboursables.

Il est à noter que tous les professionnels de santé ont l'obligation d'accueillir les bénéficiaires de l'AME

Les affections de longue durée

Le point sur les ALD

Il existe trois catégories principales d'affections de longue durée pouvant donner lieu à une exonération du ticket modérateur, c'est-à-dire à une prise en charge à 100 % par l'Assurance Maladie pour les soins en lien avec cette pathologie :

- les ALD 30 ;
- les affections « hors liste » ;
- les polypathologies ;

La liste des ALD 30

Il s'agit des affections nécessitant un traitement prolongé et **une thérapeutique particulièrement coûteuse** :

- accident vasculaire cérébral invalidant ;
- insuffisances médullaires et autres cytopénies chroniques ;
- artériopathies chroniques avec manifestations ischémiques ;
- bilharzioze compliquée ;
- insuffisance cardiaque grave, troubles du rythme graves cardiopathies valvulaires graves, cardiopathies congénitales graves ;
- maladies chroniques actives du foie et cirrhoses ;
- déficit immunitaire primitif grave nécessitant un traitement prolongé, infection par le virus de l'immuno-déficience humaine (VIH) ;
- diabète de type 1 et diabète de type 2 ;
- formes graves des affections neurologiques et musculaires (dont myopathie), épilepsie grave ;
- hémoglobinopathies, hémolyses, chroniques constitutionnelles et acquises sévères ;
- hémophilies et affections constitutionnelles de l'hémostase graves ;
- maladie coronaire ;
- insuffisance respiratoire chronique grave ;
- maladie d'Alzheimer et autres démences ;
- maladie de Parkinson ;
- maladies métaboliques héréditaires nécessitant un traitement prolongé spécialisé ;
- mucoviscidose ;
- néphropathie chronique grave et syndrome néphrotique primitif ;
- paraplégie ;
- vascularités, lupus érythémateux systémique, sclérodermie systémique ;
- polyarthrite rhumatoïde évolutive ;
- affections psychiatriques de longue durée ;
- rectocolite hémorragique et maladie de Crohn évolutives
- sclérose en plaques ;
- scoliose idiopathique structurale évolutive ;
- spondylarthrite grave ;
- suites de transplantation d'organe ;
- tuberculose active, lèpre ;
- tumeur maligne, affection maligne du tissu lymphatique ou hématopoïétique.

Article D. 322-1 du code de la Sécurité sociale, modifié par le décret numéro 2011-77 du 19 janvier 2011, publié au Journal officiel du 21 janvier 2011.

- **Les affections « hors liste »**
  Il s'agit **d'affections graves caractérisées, non inscrites sur la liste des ALD 30, nécessitant un traitement prolongé et une thérapeutique particulièrement coûteuse** (exemple : maladie de Paget, ulcères chroniques ou récidivants avec retentissement fonctionnel sévère, dégénérescence maculaire).

- **Les polypathologies**
  Il s'agit des **états pathologiques invalidants entraînés par plusieurs affections qui nécessitent un traitement prolongé et une thérapeutique particulièrement coûteuse** (*exemple : une personne de 90 ans atteinte de polyarthrose avec troubles de la marche, incontinence urinaire, tremblements essentiels*).

Les ALD concernent aujourd'hui un peu plus de 8 millions de personnes et représentent près de 60 % des dépenses de soins de ville. Certains facteurs explicatifs sont connus : vieillissement de la population, progrès et coût des techniques médicales, élargissement des situations médicales exonérantes. Les enjeux, tant en terme de santé publique qu'en termes économiques, sont considérables.

Le protocole de soins (imprimé S3501)

Le protocole de soins, mis en place pour les patients atteints d'une affection de longue durée, ouvre droit à une prise en charge à 100 % par l'Assurance Maladie des dépenses liées au traitement et au suivi de l'affection.

Il précise les actes et prestations nécessaires au traitement et au suivi de l'ALD et définit les conditions de prise en charge. Il se compose de trois volets : un pour le médecin traitant, un deuxième pour le médecin-conseil, un troisième pour le patient, désormais mieux informé et plus impliqué dans la prise en charge de sa maladie.

Pour bénéficier d'une prise en charge du ticket modérateur pour les soins dentaires en rapport avec son affection ou sa maladie, le patient doit vous présenter le protocole de soins établi par son médecin traitant.

Après réalisation des actes bucco-dentaires en rapport avec la maladie exonérante, inscrire « O » (pour oui) dans la case « Actes en rapport avec ALD ».

L'accident du travail (imprimé S6909)

Selon le code de la Sécurité sociale, « est considéré comme accident du travail, quelle qu'en soit la cause, l'accident survenu par le fait ou à l'occasion du travail à toute personne salariée ou travaillant à quelque titre que ce soit, pour un ou plusieurs employeurs ou chefs d'entreprise ». L'accident du travail englobe aussi l'accident de trajet.
La victime doit déclarer l'accident de travail à son employeur dans les 24 heures.

La caisse d'Assurance Maladie de votre patient dispose d'un délai de trente jours pour instruire le dossier et se prononcer sur le caractère professionnel ou non de l'accident. Si le dossier est complexe, elle peut recourir à un délai supplémentaire de 2 mois, mais elle doit auparavant en informer votre patient. Sans réponse à l'issue de ce délai, votre patient peut considérer que son accident a été reconnu comme professionnel. En cas de refus, la caisse d'Assurance Maladie lui indiquera les voies de recours et le délai dont il dispose pour éventuellement contester cette décision. Vous serez alors informé et l'employeur recevra un double de cet avis.

Les certificats médicaux (imprimé S6909)

Si votre patient vous consulte suite à un accident de travail ou de trajet, vous devez rédiger un **certificat médical initial** décrivant précisément l'état de la victime, le siège, la nature des lésions et leur localisation.

A l'issue de la période de soins et, éventuellement, de l'arrêt de travail, vous devez établir :

- **le certificat médical final de guérison**, lorsqu'il y a disparition apparente des lésions.
- **le certificat médical final de consolidation**, lorsque les lésions prennent un caractère permanent, tel qu'un traitement n'est plus en principe nécessaire, et avec des séquelles entraînant une incapacité permanente.

Dans les deux cas, une rechute est toujours possible. Après réception du certificat médical final de guérison ou de consolidation, et après avis du médecin-conseil, la caisse d'Assurance Maladie de votre patient lui adressera, par lettre recommandée avec accusé de réception, une notification de la date de guérison ou de consolidation.
Elle vous en informera également.

L'incapacité permanente

Une fois le certificat de consolidation établi, votre patient sera convoqué par le Service médical de l'Assurance Maladie, pour y être examiné par un praticien-conseil. Ce dernier rédigera un rapport détaillé proposant un taux d'incapacité permanente. L'incapacité permanente étant entendue comme la perte définitive, partielle ou totale de la capacité à travailler. Ce taux tient compte de la nature de l'infirmité de votre patient, de son état général, de son âge et de ses aptitudes et qualifications professionnelles.
La caisse d'Assurance Maladie de votre patient l'informera de son taux d'incapacité permanente et du montant qui lui sera versé, sous forme d'indemnités ou de rente d'incapacité permanente.

Remboursement des prothèses dentaires au titre d'un accident du travail

Suite à la loi de financement de la Sécurité sociale pour 2009 et à l'arrêté du 3 février 2009, le montant du cœfficient multiplicateur applicable au tarif des prothèses dentaires est fixé à 1,5.
Jusqu'à présent, l'ensemble des frais occasionnés par les produits et prestations liés à un accident du travail était intégralement pris en charge par l'assurance AT/MP, dans la limite des tarifs de responsabilité applicables en assurance maladie.
Le nouveau dispositif prévoit de majorer ces tarifs par l'application d'un coefficient multiplicateur. Cependant, la prise en charge ne pourra excéder le montant des frais réellement exposés par la victime.

APPLICATION DE LA LOI DE FINANCEMENT DE LA SÉCURITÉ SOCIALE (LFSS) - ARTICLE 98

Remboursement à 150 % des prothèses dentaires en accident du travail.

- Code de facturation pour les chirurgiens-dentistes : ATD (complément AT dentaire).
- **Deux lignes de facturation :**
  - actes dentaires ;
  - compléments de prise en charge (50 % au plus).

Les agénésies dentaires multiples liées à une maladie rare

Chez l'enfant

Depuis le 28 juin 2007, le traitement implantoprothétique des agénésies dentaires multiples liés à une maladie rare, chez l'enfant de plus de 6 ans et jusqu'à la fin de la croissance, est pris en charge par l'Assurance Maladie.

Rédiger le protocole de soins

La demande de prise en charge de ce traitement, dans le cadre d'une Affection de longue durée, doit être faite **par un médecin dans les conditions habituelles, c'est-à-dire au moyen du protocole de soins.**
La rédaction du protocole de soins pourra être assurée par le médecin que la famille aura choisi (médecin-traitant de l'un des deux parents, pédiatre...) puisque la désignation d'un médecin traitant n'est pas obligatoire pour les enfants de moins de 16 ans.

Remplir le document d'aide au remplissage

Compte tenu de la complexité des informations permettant d'apprécier l'état bucco-dentaire de l'enfant pour ce type de traitements, le protocole de soins devra être accompagné d'un document d'aide au remplissage.

Si vous avez été choisi par la famille de l'enfant, c'est vous qui devrez remplir ce document d'aide au remplissage. Il devra comporter tous les éléments relatifs au diagnostic de la maladie ainsi qu'au projet thérapeutique envisagé. Si vous le souhaitez, vous pourrez communiquer ces éléments au médecin de l'enfant qui complétera directement le document d'aide au remplissage en fonction de vos indications.

L'avis du Service médical

Le dossier complet de demande de prise en charge (protocole de soins, aide au remplissage, cliché panoramique et, si l'âge du patient le nécessite, la radio de la main et du poignet) devra être adressé au Service médical de l'Assurance Maladie du département de votre patient soit par le médecin rédacteur du protocole, soit par vous-même.

Les services administratifs de la caisse d'Assurance Maladie de votre patient lui notifieront la décision prise par le chirurgien-dentiste-conseil.

En cas d'avis favorable, le volet 3 du protocole de soins, mentionnant l'accord de prise en charge, sera remis à votre patient. Il pourra alors se rendre chez le praticien qu'il aura choisi pour la réalisation du traitement implantaire.

En cas de non acceptation du protocole de soins ou de refus de prise en charge des actes et traitements à réaliser dans le cadre des agénésies, les **voies de recours** dont il dispose seront indiquées sur la notification de décision.

APPRÉCIATION DE L'ÂGE OSSEUX

Si le patient est un jeune homme âgé d'au moins 17 ans ou une jeune fille âgée d'au moins 14 ans, une radio panoramique ainsi qu'une radio de la main et du poignet devront, dans tous les cas, être jointes au dossier de demande, pour permettre l'appréciation de l'âge osseux.

Chez l'adulte

Depuis le 9 janvier 2012, les actes du traitement implanto-prothétique des agénésies dentaires multiples liés à une maladie rare chez l'adulte sont pris en charge par l'Assurance Maladie.

Rédiger le protocole de soins

La demande de prise en charge de ce traitement, dans le cadre d'une affection de longue durée, doit être faite par un médecin dans les conditions habituelles, c'est-à-dire au moyen du protocole de soins.
La rédaction du protocole de soins pourra être assurée par le médecin traitant du patient.

Remplir le document d'aide au remplissage

Compte tenu de la complexité des informations permettant d'apprécier l'état bucco-dentaire du patient pour ce type de traitements, le protocole de soins devra être accompagné d'un document d'aide au remplissage.

Si vous avez été choisi par le patient, c'est vous qui devrez remplir ce document d'aide au remplissage. Il devra comporter tous les éléments relatifs au diagnostic de la maladie ainsi qu'au projet thérapeutique envisagé.

Si vous le souhaitez, vous pourrez communiquer ces éléments au médecin du patient qui complétera directement le document d'aide au remplissage en fonction de vos indications. Une radio panoramique devra, dans tous les cas, être jointe au dossier de demande.

L'avis du Service médical

Le dossier complet de demande de prise en charge (protocole de soins, aide au remplissage, cliché panoramique) devra être adressé au Service médical de l'Assurance Maladie du département de votre patient soit par le médecin rédacteur du protocole, soit par vous-même.

Les services administratifs de la caisse d'Assurance Maladie de votre patient lui notifieront la décision prise par le chirurgien-dentiste-conseil.

En cas d'avis favorable, le volet 3 du protocole de soins, mentionnant l'accord de prise en charge, sera remis à votre patient. Il pourra alors se rendre chez le praticien qu'il aura choisi pour la réalisation du traitement implantaire.

En cas de non acceptation du protocole de soins ou de refus de prise en charge des actes et traitements à réaliser dans le cadre des agénésies, les **voies de recours** dont il dispose seront indiquées sur la notification de décision.

Les honoraires

Les tarifs d'honoraires sont fixés en application de la convention nationale destinée à organiser les rapports entre les chirurgiens-dentistes et l'Assurance Maladie (titre IV.4.2 de la convention nationale de 2006).

Les tarifs d'honoraires sont fixés en application de la convention de 2006 et de la liste des actes et prestations établie dans les conditions prévues par l'article L. 162-1-7 du code de la Sécurité sociale.

Conformément à l'article I-4 « prise en charge » du Livre Premier seuls peuvent être pris en charge ou remboursés par les organismes d'assurance maladie les actes effectués personnellement par un chirurgien-dentiste.

Le patient règle directement les honoraires au chirurgien-dentiste (principe du règlement direct). Les actes dentaires remboursables seront remboursés par l'Assurance Maladie sur la base des tarifs conventionnels avec application ou non d'un ticket modérateur.

Dans certains cas, il existe une dispense d'avance de frais qui permet le versement direct au chirurgien-dentiste par l'organisme d'Assurance Maladie de la part des honoraires pris en charge (*exemple : accident de travail*).

Actes remboursables à tarif opposable

Les tarifs d'honoraires applicables aux consultations, aux soins conservateurs et chirurgicaux, aux actes radiologiques et de prévention, sont déterminés d'après la convention et la liste des actes et prestations.

Des dépassements d'honoraires sont possibles dans les cas suivants :

- circonstances exceptionnelles de temps ou de lieu dues à une exigence particulière du patient (« DE ») ;
- actes réalisés par un chirurgien-dentiste disposant d'un droit permanent à dépassement (« DP »).

Actes remboursables avec entente directe

Les tarifs d'honoraires des soins prothétiques et orthodontiques peuvent faire l'objet d'une entente directe (« ED ») entre le praticien et le patient. Le chirurgien-dentiste est tenu de fixer ses honoraires « avec tact et mesure » et d'en informer son patient au préalable à l'aide d'un devis descriptif écrit qui devra être daté et signé par le praticien et son patient.

Ce principe est également retenu pour la réparation de perte de substance dentaire par matériau incrusté (inlay/onlay) en cas d'utilisation d'une coulée métallique, d'une cuisson céramique ou d'un matériau composite faisant appel aux techniques de laboratoire.

Actes non remboursables

Ce sont :

- des actes inscrits à la liste des actes remboursables mais dont les conditions limitatives de prise en charge ne sont pas remplies.
  Exemple : si une couronne dentaire est réalisée sur une dent reconstituée de façon durable par une obturation ou non « délabrée », les conditions prévues à la CCAM ne sont pas remplies pour permettre sa prise en charge.
- des actes qui ne sont pas inscrits à la liste des actes remboursables.
  Exemple : rebasage d'une prothèse adjointe.

Pour ces actes non remboursables par l'Assurance Maladie, le praticien n'établira pas de feuille de soins (articles L 162-4 et L 162-8 du code de sécurité sociale).
Il devra cependant établir un devis à son patient conformément à l'article R 4127-240 du code de Santé publique.

Les médicaments

En tant que chirurgien-dentiste, vous pouvez prescrire des médicaments nécessaires à l'exercice de l'art dentaire. Votre prescription doit répondre à certaines règles pour être compréhensible par votre patient, bien exécutée par le pharmacien et remboursée par l'Assurance Maladie.

Les mentions obligatoires

Pour être correctement traitée par l'Assurance Maladie, la prescription de médicaments doit contenir un certain nombre d'éléments obligatoires :

- **Mentions relatives au prescripteur** : nom, qualification, adresse, téléphone, numéro d'identification et signature sous la dernière ligne de prescription ;
- **Mentions relatives au bénéficiaire de l'ordonnance** : prénom, nom du patient, éventuellement âge, sexe, poids et taille ;
- **Mentions relatives au médicament prescrit** :
  - nom de la spécialité (princeps ou générique) ou dénomination commune d'un principe actif (DC) assortie ou non d'une marque ou du nom du fabricant ;
  - dosage et forme pharmaceutique ;
  - posologie et mode d'emploi ; s'il s'agit d'une préparation, la formule détaillée doit être précisée ;
  - durée du traitement (*ex. : traitement pour trois mois*) ou nombre d'unités de conditionnement dans le cas d'une prescription en nom de marque (*ex. : deux boîtes de 20 comprimés*) ;
  - nombre de renouvellements de la prescription si besoin ;
  - mention non remboursable (NR) dans le cas d'une prescription d'un médicament en dehors des indications thérapeutiques remboursables ;
- **L'ordonnance est datée et établie en double exemplaire.** L'originale appartient au patient, le duplicata à sa caisse d'Assurance Maladie.

L'ordonnance doit indiquer, pour chacun des médicaments prescrits :

- la posologie ;
- la durée du traitement ou le nombre d'unités de conditionnement.

Durée de traitement et renouvellement

En règle générale, la prescription est renouvelable par période maximale d'un mois, ou de trois mois (si le conditionnement est supérieur à un mois) dans la **limite de 12 mois de traitement** (article R.5123-2 du code de la Santé publique). L'ordonnance comportant la prescription d'un médicament pour une durée de traitement supérieure à un mois indique, pour permettre la prise en charge :

- soit le nombre de renouvellements de la prescription par périodes maximales d'un mois ou de trois mois si le conditionnement est supérieur à un mois ;
- soit la durée totale de traitement, dans la limite de 12 mois. Pour les médicaments contraceptifs, le renouvellement de la prescription peut se faire par périodes maximales de trois mois, quel que soit leur conditionnement (article R. 5123-2 du code de la Santé publique).

Les médicaments prescrits en dehors des indications thérapeutiques remboursables

En application des articles L. 162-4 et L. 162-8 du code de la Sécurité sociale, lorsque vous prescrivez une spécialité pharmaceutique, un produit, un acte ou une prestation non remboursable, vous devez en informer votre patient et mentionner son caractère non remboursable à côté de la dénomination de la spécialité. *Exemple : « NR », « Hors indications remboursables », « Non remboursable »...*

Le droit de substitution

Le pharmacien peut délivrer, par substitution, une spécialité du même groupe générique que celle qui a été prescrite, à condition que le prescripteur n'est pas exclu cette possibilité.

Vous pouvez vous opposer à la substitution, en inscrivant la mention **« Non substituable »** sur l'ordonnance, avant la dénomination de la spécialité concernée (articles R. 5125-23 et R. 5125-54 du code de la Santé publique).

En cas de substitution, le pharmacien doit mentionner sur l'ordonnance :

- le nom du produit délivré ;
- la forme pharmaceutique si elle diffère de celle qui a été prescrite ;
- le nombre d'unités de prise correspondant à la posologie du traitement si ce nombre diffère de la prescription.

La biologie

Pour être remboursés, les actes de biologie médicale doivent faire l'objet d'une prescription détaillée et être inscrits à la Nomenclature des actes de biologie médicale (NABM).

La prescription doit respecter les dispositions de la NABM. Elle doit être claire, précise, rédigée sur une ordonnance spécifique, en respectant la plus stricte économie compatible avec la qualité des soins.

La prescription d'un prélèvement à domicile est réservée aux personnes dans l'incapacité de se déplacer. C'est vous qui estimez la capacité du patient à se déplacer.

LA NBAM

C'est le catalogue des actes de biologie médicale pris en charge par l'Assurance Maladie. Chaque acte est identifié par un numéro de code auquel correspond un coefficient identifié par la lettre clé B.

Sur ameli.fr :
> Professionnels de santé
> Médecins
> Exercer au quotidien
> Nomenclatures et codage
> Codage des actes biologiques NABM

Consultez la liste des codes de la Table nationale de biologie (NABM) par code, chapitre, par date de J.O./arrêté (tous les actes dont le J.O. est postérieur au 1er janvier 2003) ou par cotation (*exemple : tous les actes cotés B400*).

L'orthophonie

Vous pouvez être amené à prescrire un bilan orthophonique dans le cadre d'un trouble de la déglutition.

Vous rédigez une prescription médicale, accompagnée si possible des motivations de la demande de bilan et de tout élément susceptible d'orienter la recherche de l'orthophoniste.

Deux types de prescription de bilan peuvent être établis :

- **Bilan orthophonique avec rééducation si nécessaire**
  À l'issue de ce bilan, un compte-rendu indiquant le diagnostic orthophonique est adressé au prescripteur. Si des séances de rééducation doivent être dispensées, ce compte-rendu comprend les objectifs de la rééducation, le nombre et la nature des séances que l'orthophoniste détermine, par dérogation à l'article 5 des dispositions générales. **Sauf contre-indication médicale, il établit une demande d'accord préalable.**

- **Bilan orthophonique d'investigation**
  À l'issue de ce bilan, un compte-rendu indiquant le diagnostic orthophonique est adressé au prescripteur, accompagné des propositions de l'orthophoniste. Le prescripteur peut alors prescrire une rééducation orthophonique en conformité avec la nomenclature.
  L'orthophoniste établit une demande d'accord préalable.
  À la fin du traitement, une note d'évaluation est adressée au prescripteur (arrêté du 28 juin 2002 paru au Journal officiel du 30 juin 2002).

Actes techniques

Les actes techniques sont côtés en AMO (Acte pratiqué par l'orthophoniste) et sont soumis à accord préalable.

Pour certains actes de rééducation individuelle inscrits à la Nomenclature générale des actes professionnels (*ex. troubles d'articulation, de déglutition, de la phonation, du langage de l'enfant, du bégaiement...*) :

- la séance doit avoir une durée minimale de 30 minutes sauf mention particulière ;
- la première série de 30 séances est renouvelable par séries de 20 séances au maximum.

ARTICLE 5 : ACTES DONNANT LIEU À PRISE EN CHARGE OU REMBOURSEMENT

Seuls peuvent être pris en charge ou remboursés par les caisses d'Assurance Maladie, sous réserve que les personnes qui les exécutent soient en règle vis-à-vis des dispositions législatives, réglementaires et disciplinaires concernant l'exercice de leur profession :

1/ les actes effectués personnellement par un médecin ;
2/ les actes effectués personnellement par un chirurgiendentiste ou une sage-femme, sous réserve qu'ils soient de leur compétence ;
3/ les actes effectués personnellement par un auxiliaire médical, sous réserve qu'ils aient fait l'objet d'une prescription médicale écrite qualitative et quantitative et qu'ils soient de sa compétence.

Sauf cas expressément prévu par la présente nomenclature, un acte ne peut être noté par le praticien ou auxiliaire médical et donner lieu à remboursement que si, pendant la durée de son exécution, ce praticien ou auxiliaire médical s'est consacré exclusivement au seul malade qui en a été l'objet.

L'arrêt de travail (imprimé S3116)

Le point sur l'arrêt de travail

Le versement des indemnités journalières à votre patient est subordonné aux obligations administratives suivantes :

- votre patient doit transmettre, dans un délai de 48 h, l'avis d'arrêt de travail prescrit dûment complété (volets 1 et 2 adressés au Service médical de sa caisse d'Assurance Maladie dans l'enveloppe « M. le médecin-conseil », et le volet 3 adressé à l'employeur) ;
- votre patient doit se soumettre aux visites médicales et contrôles spéciaux organisés par sa caisse d'Assurance Maladie ;
- votre patient doit s'abstenir de toute activité non autorisée.

LES DISPOSITIONS RELATIVES AUX HEURES DE SORTIES

Votre patient doit être présent à son domicile de 9 h à 11 h et de 14 h à 16 h, sauf en cas de soins ou d'examens médicaux.

Par dérogation, vous pouvez autoriser des sorties totalement libres. Indiquez alors, sur l'avis d'arrêt de travail, les éléments d'ordre médical justifiant cette autorisation.

Votre patient est tenu de respecter ces heures de présence à son domicile pendant toute la durée de son arrêt de travail y compris les samedi, dimanche et jours fériés.

Si votre patient ne respecte pas ces obligations, sa caisse d'Assurance Maladie peut suspendre, réduire ou supprimer les indemnités versées.

La prévention bucco-dentaire

À destination des plus jeunes

Depuis le 1er janvier 2007, un nouveau dispositif de prévention bucco-dentaire*, baptisé « M'T Dents » pour le grand public, succède à l'ancien bilan bucco-dentaire (BBD). Il a pour objectifs de favoriser un contact précoce avec le chirurgien-dentiste et d'instaurer des rendez-vous réguliers aux âges les plus exposés au risque carieux : 6, 9, 12, 15 et 18 ans.

*Redéfini conjointement par l'Assurance Maladie et les syndicats signataires de la convention dentaire : Confédération Nationale des Syndicats Dentaires - CNSD - Union des Jeunes Chirurgiens Dentistes - Union Dentaire - UJCD-UD.

Un dispositif en 2 temps

- **Un examen bucco-dentaire (EBD) et des conseils d'éducation sanitaire**

  L'EBD doit être réaliser dans les 6 mois suivant la date anniversaire de l'enfant. Cependant, la prise en charge pourra être effective tout au long de l'année qui suit la date anniversaire, dans la mesure où un des objectifs majeurs est d'inciter les jeunes qui ne vont jamais chez le chirurgien-dentiste à réaliser cet examen de prévention.

  Pour tous : anamnèse, examen bucco-dentaire, action de prévention et éducation sanitaire adaptée à l'âge.

  Au cas par cas : radiographies intrabuccales, établissement d'un programme de soins.

  Les renseignements correspondant à la partie basse de l'imprimé pré-identifié de prise en charge, présenté par le patient, doivent être conservés dans le dossier du patient. À l'issue de l'examen, pour les enfants de 6 et 12 ans, les renseignements doivent aussi être portés sur le carnet de santé de l'enfant.

- **Des soins consécutifs éventuels**

  Si un programme de soins doit être établi, ils doivent débuter dans les 3 mois qui suivent l'EBD et s'achever dans les 6 mois suivant la date de début des soins.

  Selon le risque carieux : scellement des sillons pour les molaires des enfants de moins de 14 ans.

  Selon le besoin : soins conservateurs/soins chirurgicaux

  Les soins prothétiques et orthodontiques sont exclus de ce protocole.

Un formulaire simplifié

Le formulaire de prise en charge a été adapté au nouvel examen bucco-dentaire. Outre le schéma dentaire, il comprend désormais une indication de l'état parodontal du patient, le programme de soins à réaliser ainsi qu'un point sur l'éducation sanitaire.

Une prise en charge à 100 %

- **L'EBD**

  L'EBD est rémunéré 30 € (42 euros s'il est complété par une ou deux radiographies intra-buccales, et 54 € pour 3 ou 4 radiographies intrabuccales). Le patient n'a pas à faire l'avance des frais.

- **Les soins consécutifs**

  L'assuré fait l'avance des frais pour les enfants de 9, 15 et 18 ans, qui lui seront ensuite intégralement remboursés par la caisse. Pour les enfants de 6 et 12 ans, **les soins sont réglés directement au praticien** par la caisse (tiers payant en raison du caractère obligatoire de l'examen de prévention à ces âges).

  Les soins consécutifs sont facturés conformément à la CCAM et ne peuvent faire l'objet de dépassement d'honoraires.

  Il est possible de télétransmettre l'examen de prévention ainsi que les soins consécutifs. Le remboursement et le paiement s'effectuent alors sous 4 à 5 jours.

FOCUS SUR LES ACTIONS LOCALES DE PRÉVENTION

Depuis 2007, le dispositif national comporte chaque année des mesures d'accompagnement personnalisé et ciblé pour les enfants de CP en zones d'éducation les plus défavorisées (anciennement ZEP). Si votre cabinet se situe à proximité des écoles concernées, vous êtes donc susceptible d'être mobilié pour recevoir, dans votre cabinet, des enfants participant à ces opérations locales. Toutes les communes ne sont pas concernées par les actions locales.

À destination des femmes enceintes

L'arrêté du 26 novembre 2013 portant approbation de l'avenant n°3 à la convention nationale organisant les rapports entre les chirurgiens-dentistes et l'Assurance Maladie signé le 31 juillet 2013 prévoit, dans son article 3, d'étendre le dispositif de prévention bucco-dentaire aux femmes enceintes et de définir les modalités de son application.

- **Les bénéficiaires**
  Le dispositif de prévention s'adresse aux femmes enceintes, ayants droit ou assurées sociales, remplissant les conditions d'ouverture des droits aux prestations de l'Assurance Maladie et maternité.

- **Les chirurgiens-dentistes** libéraux et salariés relevant des dispositions de la convention nationale participent à cette action de prévention.

- **Contenu du dispositif**
  Les femmes enceintes, bénéficient d'un examen de prévention pris en charge à 100 % avec dispense d'avance de frais, à compter du quatrième mois de grossesse jusqu'à douze jours après l'accouchement.

L'Assurance Maladie dont elle relève lui envoie l'imprimé unique de prise en charge pré identifié accompagné d'une invitation à participer à cet examen de prévention. Elle présente alors au praticien l'imprimé de prise en charge pré identifié à son nom pour bénéficier de l'examen de prévention sans avance de frais.

La facture de l'examen doit être télétransmise. En cas d'impossibilité, le chirurgien-dentiste complète la partie supérieure de l'imprimé de prise en charge et l'adresse à l'organisme d'affiliation de l'assurée pour pouvoir être réglé du montant de l'examen réalisé. La partie inférieure « renseignements médicaux » est à conserver par le chirurgien-dentiste dans le dossier de la patiente.

Évaluation et suivi du dispositif :
Les parties signataires considèrent qu'une évaluation de ce dispositif doit être réalisée.
« Un bilan annuel sera réalisé dans le cadre de l'observatoire conventionnel national, prévu à l'article 3.4 de la convention nationale. »

AMELI.FR ET D'AUTRES SITES UTILES

www.ameli.fr

Le site **www.ameli.fr** vous accompagne dans vos démarches d'installation : vous y trouverez des conseils et des informations utiles pour décider du lieu de votre installation et de votre mode d'exercice, pour connaître toutes les formalités à accomplir et préparer vos premiers pas dans la profession.

Le site **www.ameli.fr** regroupe également l'essentiel des informations et des services utiles à votre pratique professionnelle et à la gestion de votre activité. Un espace chirurgiens-dentistes a été spécialement conçu pour répondre à vos besoins. Il comprend 6 rubriques principales :

- **« Votre caisse »**
  Vous y trouverez notamment des informations sur l'offre de services de votre caisse, sur les acteurs locaux de la santé et du social (professionnels de santé, réseaux, établissements, partenaires sociaux, organismes sociaux, commissions paritaires…) ainsi que le détail de vos contacts locaux.

- **« Votre compte ameli »**
  Avec votre compte ameli, vous pouvez suivre en temps réel vos paiements en tiers payant ou encore contacter en ligne votre caisse d'Assurance Maladie.

- **« Votre convention »**
  Cette rubrique met à votre disposition les textes de références qui régissent vos relations avec l'Assurance Maladie.

- **« Gérer votre activité »**
  Vous trouverez toutes les informations et les conseils nécessaires au suivi logistique et administratif de votre exercice (installation, équipements informatiques, remplacements, changements de situation administrative, …).

- **« Exercer au quotidien »**
  Cette rubrique vous propose les informations et les outils utiles à votre pratique quotidienne.

- **« Vous former, vous informer »**
  Cette partie rassemble des documents de référence et des statistiques.

Quelques sites utiles

- **www.drsm-idf.fr**
  Le site de la direction régionale du Service médical de l'Assurance Maladie d'Ile-de-France.

- **www.ordre-chirurgiens-dentistes.fr**
  Le site de l'ordre national des chirurgiens-dentistes.

- **www.academiedentaire.fr**
  Le site de l'académie nationale de chirurgie dentaire .

- **www.ogdpc.fr**
  Le site de l'organisme gestionnaire du développement professionnel continu des chirurgiens-dentistes.

- **www.has-sante.fr**
  Le site de la Haute autorité de santé (HAS).

- **www.ansm.sante.fr**
  Le site de l'Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé (ANSM), et :
  www.ansm.sante.fr/activites/pharmacovigilance le site de pharmacovigilance pour déclarer les effets indésirables d'un médicament.

- **www.societechirbuc.com**
  Le site de la société francophone de médecine buccale et chirurgie buccale.

- **www.e-cancer.fr/formations-demographie/outilsde-formation**
  Le site de l'institut national du cancer, module de formation des chirurgiens-dentistes concernant les cancers de la cavité buccale.

- **www.lecrat.org**
  Le site du centre de référence sur les agents tératogènes.

- **www.medicaments.gouv.fr**
  Base de données publiques sur le médicament.

Accéder à l'espace Installation :
> Professionnels de santé
> Chirurgien-dentiste
> Gérer votre activité
> Vous vous installez